

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1912-1913. — N° 69

DE L'HYDROAPPENDICITOSE

THÈSE

présentée

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 14 Janvier 1913

pour Obtenir le Grade de Docteur en Médecine

PAR

ÉMILE PALAYER

Né à Saint-Péray (Ardèche), le 25 Mai 1888



SAINT-PÉRAY
IMPRIMERIE MONNET

—
1913

DE L'HYDROAPPENDICITOSE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1912-1913. — N° 69

DE L'HYDROAPPENDICITOSE

THÈSE

présentée

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

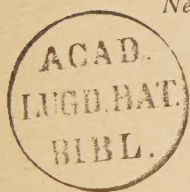
Et soutenue publiquement le 14 Janvier 1913

pour Obtenir le Grade de Docteur en Médecine

PAR

ÉMILE PALAYER

Né à Saint-Péray (Ardèche), le 25 Mai 1888



SAINT-PÉRAY
IMPRIMERIE MONNET

—
1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

M. HUGOUNENQ, DOYEN. | M. J. COURMONT, ASSESSEUR.

Professeurs Honoraires

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE,
LÉPINE, PIERRET, BEAUVISAGE.

Professeurs

Cliniques médicales	{	MM. TEISSIER. ROQUE. BARD. PONCET. JABOULAY. FABRE. ROLLET. NICOLAS. LÉPINE (J.). WEILL. POLLOSSON (A.). CLUZET. HUGOUNENQ. MOREL. X... GUIART. TESTUT. RENAUT. MORAT. COLLET. LESIEUR. PAVIOT. POLLOSSON (M.). COURMONT (P.). LACASSAGNE. COURMONT (J.). PIC. FLORENCE.
Cliniques chirurgicales	{	
Clinique obstétricale et accouchements		
Clinique ophtalmologique		
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		
Clinique des maladies mentales		
Clinique des maladies des enfants		
Clinique des maladies des femmes		
Physique médicale		
Chimie médicale et pharmaceutique		
Chimie organique et toxicologie		
Matière médicale et botanique		
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		
Anatomie		
Anatomie générale et histologie		
Physiologie		
Pathologie interne		
Pathologie et thérapeutique générales		
Anatomie pathologique		
Médecine opératoire		
Médecine expérimentale et comparée		
Médecine légale		
Hygiène		
Thérapeutique		
Pharmacologie		

Professeurs Adjoints

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

Chargés de Cours complémentaires

Chimie minérale	BARRAL,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Propédeutique urologique	GAYET.	—
Déontologie et Médecine professionnelle	Et. MARTIN.	—

Agrégés

MM. REGAUD.	MM. Et. MARTIN.	MM. BRETIN.	MM. MOURIQUAND.
COMMANDEUR.	LAROYENNE.	LERICHE.	ARLOING (F.).
GAYET.	VORON.	THEVENOT.	GUILLESMAUD.
NEVEU-LEMAIRE	NOGIER.	TAVERNIER.	PIERY ch...
PATEL.	LATARJET.	CADE.	SAVY ch...

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. JABOULAY, Président ; A. POLLOSSON, Assesseur.

MM. VILLARD et LAROYENNE, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE & A MA MÈRE

Le souvenir de ce que vous avez fait pour moi me protégera dans la dure et âpre lutte pour l'existence qui m'attend à coup sûr. Votre fils sera ce que vous êtes, vaillant et bon. Votre vie fut un long sacrifice. Puissé-je encore longtemps vous donner des preuves de ma filiale affection et de ma bien vive reconnaissance.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JABOULAY

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Lyon

AUX MEMBRES DE MON JURY

*Nous assurons de notre profonde gratitude tous les Maîtres
qui ont guidé notre éducation Médicale.*

MM. JABOULAY, professeur de Clinique Chirurgicale.

TEISSIER, professeur de Clinique Médicale.

ROLLET, professeur de Clinique Ophtalmologique.

NICOLAS, professeur de Clinique Dermatologique.

PONCET, professeur de Clinique Chirurgicale.

A. POLLOSSON, professeur de Clinique Gynécologique.

WEILL, professeur de Clinique Infantile.

FABRE, professeur de Clinique Obstétricale.

VORON, professeur agrégé, Accoucheur des Hôpitaux.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553413_0040

AVANT-PROPOS

Avant d'entreprendre ce travail, qui constitue le couronnement de nos études et marque notre début dans la pratique médicale, nous considérons comme le plus sacré des devoirs d'adresser tous nos remerciements à nos maîtres de la Faculté de médecine et des hôpitaux, qui ont consacré leur temps à la tâche de nous guider et de nous instruire dans les graves études médicales.

Monsieur le Professeur Jaboulay a bien voulu nous donner le sujet de notre thèse et nous a aidé de ses conseils. Qu'il soit assuré de notre profonde reconnaissance. Nous le remercions aussi respectueusement de nous avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de notre travail.

Nous réservons une large part de notre gratitude à MM. les docteurs Aurand, Chalier, Durand, Duroux, Tixier, Vignard qui nous ont permis de puiser largement dans leurs observations.

Enfin, nous prions les docteurs Didier, Max Marconnet, Saugues, de croire à notre inaltérable affection et de recevoir nos meilleurs vœux.

DÉFINITION

Le nom d'Hydroappendicite a été donné par Monsieur le Professeur Jaboulay à la dilatation chronique de l'appendice iléo-cœcal par les produits de sécrétion de sa muqueuse. Il n'est intervenu pour ce cas bien spécial que trois fois seulement. Tout en désignant de la sorte cette lésion, Monsieur Jaboulay la rapproche de l'hydrosalpinx et de l'hydrocholécystose intermittente : nom qu'il avait déjà proposé de donner aux crises de distension intermittente de la vésicule biliaire.

Cette dilatation de l'appendice iléo-cœcal engendre des crises dites d'appendicite et qui sont de même ordre que celles de la salpingite muqueuse, de l'hydrocholécystose intermittente, etc.... Nous avons pu en rassembler quelques observations ; et, de l'ensemble, nous nous proposons de tirer des considérations nouvelles relatives à l'anatomie pathologique, la physiologie pathologique et l'expression clinique de cet état morbide particulier de l'appendice.

CHAPITRE I^{er}

HISTORIQUE

En 1898, M. le Professeur Jaboulay eut l'occasion d'enlever chez un jeune homme de 18 ans, ayant eu depuis deux mois plusieurs crises d'appendicite, un appendice gros comme l'intestin grêle, plongeant dans le bassin où une bride le reliait profondément et divisé en deux poches superposées contenant chacune du liquide muqueux. Bien après, en 1911 et en 1912, M. le Pr Jaboulay rencontra de nouveau deux cas semblables. C'est à la suite de cette dernière intervention qu'il nous fit l'insigne honneur de nous confier le sujet de cette thèse. Cette forme a également été observée à Lyon, soit au cours de nécropsies (un cas de M. le Docteur Mouisset), soit au cours d'opérations dirigées sur l'appendice lui-même : nous possédons, à cet égard, deux observations de M. le Docteur Durand, une de M. le Docteur Tixier, une de M. le Docteur Vignard, et enfin une dernière de M. le Docteur A. Chalier.

En dehors de ces cas lyonnais, nous avons voulu nous rendre compte si une forme d'appendicite analogue à celle que nous décrivons sous le nom d'hydroappendicite n'a pas été observée et signalée par d'autres auteurs.

Dans ce but, nous avons cherché à lire la plupart des travaux ayant trait à l'anatomie pathologique de l'appendicite. Nous avons trouvé très peu de choses, deux cas seulement, l'un de Walther en 1899, l'autre de Petit en 1905. Cependant nous devons signaler plusieurs faits. En 1896, dans sa thèse

Gramboulan cite une observation due à Sébilleau ; il parle d'une petite quantité de liquide contenu dans un kyste appendiculocère, mais il ne précise pas la nature de ce liquide. En 1899, Tuffier et Jeune, dans leur « Etude de l'appendicite basée sur 180 nécropsies » citent des cas où l'appendice contenait un peu de liquide séreux, mais sans indiquer s'il y avait un rétrécissement à la base de cet organe. En 1903, dans sa thèse sur l'appendicite chez les tuberculeux, Lesueur donne 240 cas d'appendicite sur l'autopsie de 500 adultes, quatre se rapportant à la dilatation généralisée, trois à la dilatation hystique. Voici d'ailleurs comment il explique ces termes : « La dilatation appendiculaire peut être générale ou circonscrite. Lorsqu'elle est généralisée, elle s'accompagne d'un amincissement manifeste des parois ; quand elle est partielle, cette dilatation constitue les kystes appendiculaires. Ceux-ci peuvent être isolés, situés à chacune des extrémités de l'appendice, ou contigus, séparés seulement par des cloisons. » Dans les quatre observations numérotées dans sa thèse LXXXV, LXXXVI, LXXXVII, LXXXVIII, il ne fait aucune mention sur le contenu de la dilatation, si ce n'est sur la présence de nombreuses matières fécales dans la dernière observation. Tout cela ne peut rentrer dans le cadre de notre sujet. Il en est d'ailleurs de même des observations LXXXIX, CCXLI, CCXLII classées sous le nom d'appendicites kystiques : l'appendice contenait du pus crémeux, du liquide trouble grisâtre, du liquide glaireux.

En 1907, Kuss et Guimbelot présentent à la Société Anatomique de Paris, les pièces d'une cavité kystique appendiculaire, sans préciser la nature du contenu.

En 1908, Paoli dans sa thèse sur l'appendicite tuberculeuse (revue générale), revient sur l'ouvrage de Petit, mais sans

apporter de fait nouveau. En 1910, dans son travail sur la tuberculose iléo-cœcale et appendiculaire, Alglave, au chapitre de la tuberculose appendiculaire de la variété entéro-péritonéale, signale la présence de collections distendant plus ou moins l'appendice et le rendant parfois comme boursouflé en un ou plusieurs points. « Ces collections, véritables abcès intra-cavétaires, appartiennent autant à la forme granulo-ulcéreuse canaliculaire qu'à la forme entéro-péritonéale et se constituent dans la cavité même de l'appendice qu'elles occupent tout entière ou en partie seulement, soit à la base, soit à la pointe. Elles sont composées par un liquide épais et louche, par du pus plus au moins granuleux et caséux.

Les dimensions de ces collections intra-cavitaires sont variables. Sur 52 pièces recueillies, il n'en existait que quatre cas. Sur l'une de ces pièces, l'appendice avait les dimensions d'un gros pouce, et, il était boursouflé en plusieurs points parce que la collection était double du fait de deux rétrécissements de la lumière appendiculaire. Sur deux autres pièces, l'appendice avait les dimensions d'un gros œuf de pigeon. Sur la quatrième, la collection avait la grosseur d'une petite bille et siégeait près de la pointe de l'appendice. Autour de la collection, la paroi de l'appendice est amincie, atrophiée, parfois d'une grande fragilité, et comme réduite en certains points à la seule séreuse. Dans certains cas, l'épiploon vient adhérer autour de l'appendice et protéger la cavité péritonéale contre la rupture de l'abcès. Cet abcès intra-cavitaire nous paraît répondre à ce que Petit appelle la dilatation kystique de l'appendice. » Quelques mois plus tard, le Bras signale également des cas d'abcès intra-cavétaires, mais ne parle pas de l'hydropisie urdée.

En somme, à part les observations lyonnaises et celles de

Walther et de Petit, nous ne trouvons rien se rapportant à la définition de l'hydropésie telle que nous la comprenons dans cet ouvrage. Au contraire, des voix autorisées, celle d'Aglave en particulier, font rentrer le cas de Petit dans la catégorie des abcès intra-cavitaires, quoique le contenu de l'appendice décrit par cet auteur soit nettement muqueux. On voit donc, par cette confusion, que l'on ne se fait pas une notion exacte de l'hydropisie de l'appendice et que cette question mérite une mise au point.

Au cours de notre étude sur ce sujet, nous serons amené à étudier les relations de l'hydroappendicite et de la tuberculose ; mais notre but est surtout de dégager, au milieu de tous les états connus de l'appendicite, ce type clinique, et, cela grâce aux onze observations que nous possédons. Elles constituent le fondement de notre travail. Nous nous proposons donc tout d'abord de les relater, insistant en cours de route sur les faits importants relatifs à la question. Il nous sera alors plus facile de dégager des considérations diverses touchant l'étude pathologique et l'expression clinique de cette affection.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Inédite, Service de M. le Professeur Jaboulay)

APPENDICITE HYDROPIQUE

L.... Mathieu, 18 ans, ouvrier cartonnier. Aucun antécédent héréditaire ou personnel. Ce jeune homme vient à l'hôpital parce qu'il a depuis un an des crises fébriles d'appendicite avec vomissements. Il est très pâle et amaigri.

Depuis deux ou trois mois, les crises d'appendicite se présentent toutes les trois semaines. Les accès surviennent généralement le soir. Le malade a une sensation de pesanteur à l'abdomen, et il se met à vomir. Les vomissements, toujours bilieux, se reproduisent très fréquemment à l'occasion de l'ingestion des aliments, même des liquides, tisanes par exemple. Cet état dure deux jours avec constipation opiniâtre. Depuis quelques mois, au lieu de la simple pesanteur abdominale du début de l'affection, le malade ressent en plus des douleurs à droite, peu violentes, il est vrai, mais s'irradiant dans les reins et les jambes.

Le dernier accès pour lequel il vient à l'hôpital date de huit jours. Il s'est atténué actuellement.

La palpation ne permet pas de sentir l'appendice, peut-être à cause de la constipation.

Le dernier accès étant passé, on décide l'intervention.

Opération à froid le 28 septembre 1898 (M. Jaboulay). On trouve facilement le cœcum et par lui l'appendice que l'on prend tout d'abord pour l'intestin grêle auquel il ressemble beaucoup. Enormément dilaté, il apparaît comme une vessie natatoire de poisson.

L'appendice, gros comme l'intestin grêle, plonge dans le bassin où une mince bride le relie profondément. Son méso est œdémateux. Un rétrécissement existe à sa base d'implantation sur le cœcum : la suture et la résection sont faites à ce niveau.

Enlevé, cet organe se rétrécit sur la table; disséqué, il montre deux poches superposées, closes, contenant un liquide muqueux.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION II

(Inédite, Service de M. le Professeur Jaboulay).

APPENDICITE HYDROPIQUE

B.... Jeanne, 30 ans, de Grigny. Salle St-Pierre. Cette malade vient dans le service le 14 mars 1911 pour crises appendiculaires.

La première a eu lieu du 10 au 18 janvier 1911. Elle a débuté par plusieurs indigestions successives et par des localisations douloureuses dans la fosse iliaque droite. A la suite de cette première poussée, la malade perd complètement l'appétit, ne s'alimente que faiblement et devient très faible.

La deuxième et la dernière dure du 17 au 20 février de la même année. A sa suite, la malade suit un régime sévère. Sur le conseil de se faire opérer, elle vient à la clinique où l'on note :

A l'examen de la fosse iliaque droite, on reconnaît sans peine la présence d'un organe allongé, répondant à l'appendice. Il n'est nullement douloureux. On constate la présence d'un clapotage cœcal assez important. La malade n'ayant point de température, l'intervention est décidée.

Opération le 14 mars 1911 (M. Jaboulay). — Appendicectomie.
— On trouve un appendice distendu, avec un gros méso, allongé et élargi par un liquide sero-muqueux, parfaitement clair. Avant son excision, il présente extérieurement un rétrécissement vers sa

base d'implantation sur le cœcum. Il ne contient ni calcul, ni corps étranger.

Suites opératoires normales.

Dans le *Lyon Médical* du 11 juin 1911, M. le Professeur Jaboulay présente la pièce, revient sur son cas opéré en 1898 et propose de donner à cette hydropésie appendiculaire le nom d'hydroappendicite intermittente en la rapprochant de l'hydrosalpinx, de l'hydronéphrose intermittente, et de l'hydrocholécystose intermittente.

OBSERVATION III

(Inédite, Clinique de M. le Professeur Jaboulay)

APPENDICITE HYDROPIQUE

M. X..., 29 ans, salle St Sacerdos, 1912.

Entrée à l'hôpital pour appendicite.

Aucun antécédent collatéral à signaler.

Antécédents personnels. Vers la 20^e année, le malade a eu une hémoptysie, puis une pleurésie. Cette hémoptysie se renouvelle plusieurs fois dans la suite. Un médecin désespère de le sauver, s'en ouvre même à sa famille. L'état du malade est certainement grave. Il garde le lit six mois durant, sans se lever, en faisant le moins de mouvement possible. Contre toute espérance, de l'avis du médecin traitant, la guérison s'opère ; et, en quelques mois, le malade est sur pied. Il a un appétit féroce. De 50 kilos, il passe rapidement à 80 kilos.

Depuis l'âge de 20 ans, jusqu'à 29 ans, le malade n'a aucun accident de quelque nature que ce soit. Il fait son travail, et un travail matériel pénible, sans accroc. Ce n'est qu'au mois de juin 1911 que le malade est pris brusquement d'une violente douleur dans la fosse iliaque droite, accompagnée de vomissements. Le diagnostic d'appendicite est fait. Au bout de deux jours de repos et de traitement par la glace, la guérison est obtenue.

Accalmie complète et absolue jusqu'au mois de décembre de la même année. A cette époque, deuxième crise, présentant les mêmes caractères que la première et de durée identique, peut-être plus bénigne.

Jusqu'à l'opération qui suivit la dernière crise de trois semaines,

pas d'accident nouveau ; et, c'est complètement à froid que le malade vient se faire opérer.

A l'examen à l'hôpital :

Malade robuste, embonpoint parfait quoique, dit-il, il ait maigri d'un kilo ou deux à la suite de la privation de nourriture qu'il s'imposait. Rien au cœur ; rien aux poumons. D'ailleurs la masse musculo-adipeuse du sujet est épaisse, et, l'auscultation pulmonaire même soignée peut bien laisser échapper quelques finesses d'auscultation.

La palpation de la fosse iliaque droite permet de sentir un léger boudin, haut situé, se dirigeant obliquement de haut en bas, de dehors en dedans vers l'ombilie. Elle est en même temps douloureuse.

Intervention à froid. — M. le Professeur Jaboulay fait d'abord l'incision dite de Jalaguier, puis une deuxième incision de trois à quatre centimètres, perpendiculaire à la première et dirigée vers l'épine iliaque antéro-supérieure. En effet, par la première incision le cœcum et l'appendice ne s'étaient pas très facilement attirés au dehors. L'appendice apparaît par sa pointe, dans la position postéro-latérale.

Le malade partit après une suite d'opération normale. Revu le premier décembre 1912, il est en très bonne santé.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE

*dû à l'obligeance de M. Horand, chef de Laboratoire
de la Clinique chirurgicale du Professeur Jaboulay.*

Examen Macroscopique

La pièce remise au laboratoire ressemble à une banane de fort volume et légèrement incurvée. Elle est blanc jaunâtre, tremblo-

tante, comme une vessie distendue par de l'eau. La palpation fait sentir une fluctuation très nette, bien que le liquide contenu dans l'appendice paraisse sous tension. — L'appendice se rétrécit à sa base.

La fonction permet de retirer quelques centimètres cubes d'un liquide clair, séro-muqueux qui sera examiné cytologiquement, bactériologiquement et chimiquement.

L'appendice ouvert reste béant à la coupe; la coque est rigide comme l'écorce d'une banane dont on a extrait le contenu. — Son méso est gras et épais.

Les parois de l'organe sont amincies et scléreuses.

Examen microscopique.

A un faible grossissement, on constate une muqueuse très altérée. L'endothelium est complètement détaché; la muqueuse en entier semble être desquamée comme la caduque utérine après l'accouchement. Elle est très amincie, méconnaissable; par places on en trouve encore quelques débris. Le muscle est envahi par de l'œdème qui dissocie les fibres lisses. Ses limites sont diffuses; et le croissant musculaire est moins apparent que d'ordinaire. Le péritoine est épaissi.

Au fort grossissement, on trouve que la muqueuse est remplacée par une membrane formée de trames de fibres conjonctives dont les mailles sont tapissées de cellules embryonnaires, infiltrées de cellules lymphoïdes et de grosses cellules épithélioïdes, épaisses, à gros noyau bien limité, bien détaché sur le fond clair des protoplasma. Les diverticules de la muqueuse et les glandes sont totalement absents; il est impossible de retrouver les cellules caliciformes. Les follicules clos, si abondants au niveau de l'appendice normal, sont ici très rares. Ceux que l'on voit sont déformés, si peu caractéristiques que l'on peut tout aussi bien les prendre pour des amas lymphoïdes périvasculaires.

Dans la sous-muqueuse, autour des vaisseaux, on trouve des cellules lymphoïdes et des cellules à noyaux multiples : cellules géantes avec de vraies couronnes de cellules épithélioïdes, constatations de la plus haute importance. Aussi, malgré le discrédit jeté sur ces cellules, leur présence permet de pencher fortement en faveur de la nature tuberculeuse de ces lésions.

Les fibres musculaires sont en certains points hyperplasiées ; en d'autres, elles sont granuleuses et en voie d'atrophie. On trouve également ici de l'infiltration lymphoïde.

Au niveau du péritoine, on remarque la multiplicité de ses cellules endothéliales, l'hypertrophie des fibres conjonctives, l'infiltration par les globules blancs et, surtout, la présence de nombreuses cellules éosinophiles.

Les vaisseaux sont assez nombreux, principalement développés au niveau du péritoine. Quelques artères sont atteintes de periartérite.

Examen du liquide de l'appendice.

Ce liquide contient des cellules desquamées, des globules rouges extravasés et des lymphocytes.

Au point de vue bactériologique, on trouve des colibacilles, mais pas de bacilles de Koch.

Chimiquement, c'est du mucus.

L'inoculation à un cobaye a donné de l'ascite et une péritonite tuberculeuse aiguë avec granulations miliaires tuberculeuses typiques.

OBSERVATION IV

*(Inédite. Service de M. le Docteur Mouisset,
Médecin des Hôpitaux)*

Bacillose pulmonaire datant de 25 ans. Forme surtout fibreuse. Emphysème pulmonaire. Aggravation depuis deux ans, mais sans état aigu. Râles disparaissant presque complètement après la toux, et l'expectoration. Absès froid de la paroi thoracique. Hydropisie de l'appendice. Pas de signes d'appendicite.

M.... Jean, ajusteur, 45 ans.

Examen le 20 janvier 1910.

Vient à l'hôpital, parce qu'il tousse et crache du sang.

A. H. Père mort d'une affection des voies urinaires ; mère morte à 72 ans de pneumonie. Un frère et une sœur vivants et bien portants.

A. P. Personnellement, rougeole dans l'enfance. A 20 ans, bronchite aiguë ayant nécessité un séjour d'un mois à l'hôpital, pendant lequel on lui fait des pointes de feu aux deux sommets pulmonaires. Le malade guérit complètement. Sorti de l'hôpital, il est assez robuste, dit-il, mais il conserve de cette bronchite un peu d'irritation de la gorge qui le fait tousser légèrement. Pas d'alcoolisme.

Sa femme meurt, il y a deux ans, en 1908, d'une affection pulmonaire aiguë. Sur quatre enfants, un seul est vivant et

bien portant. Les trois autres sont morts, l'un de pneumonie, l'autre de rougeole, le troisième de méningite tuberculeuse.

L'affection actuelle ne se révèle que depuis quatre ans, en 1906, à l'âge de 41 ans, sans hémoptysie, sans amaigrissement, par une toux légère. C'est deux ans après, en 1908, que la maladie empire. La toux augmente, le malade maigrit, crache quelques filets de sang. Cependant, à la suite d'un séjour à la montagne, l'été dernier, en 1909, le malade reprend du poids et la toux cesse. Toutefois, nouvel amaigrissement, cet hiver.

Actuellement, le malade se plaint de dyspnée d'effort, de toux. Ses crachats sont purulents, visqueux, légèrement brunâtres ; quelques-uns sont nettement nummulaires. Le douze janvier, huit jours avant son admission à l'Hôtel-Dieu, il a eu une hémoptysie abondante.

Aux poumons : en avant, submatité des deux sommets, surtout accusée à gauche ; exagération des vibrations ; à l'auscultation, râles humides, surtout inspiratoires dans les creux sus et sous-claviculaires ; pas de gargouillement, pas d'exagération de la sonorité de la voix et de la toux ; respiration un peu emphysémateuse — en arrière, aux sommets, matité aux deux poumons, surtout prononcée à gauche ; exagération des vibrations vocales ; à l'auscultation, au sommet gauche, respiration légèrement soufflante, quelques craquements secs après la toux ; au sommet droit, souffle à timbre un peu creux dans la fosse sus-épineuse, avec pectoriloquie aphone légère, mais sans gargouillement, sans éclat exagéré de la voix et de la toux ; râles humides peu nombreux dans le tiers supérieur du poumon ; — aux bases, sonorité exagérée, respiration emphysémateuse.

Au cœur : pointe bat dans le cinquième espace intercostal gauche sur la ligne mamelonnaire. Rien à l'auscultation.

Appareil digestif : appétit conservé, ni diarrhée, ni consti-

pation. Langue un peu saburrale : abdomen quelque peu ballonné ; foie et rate normaux. Rien à l'appendice.

Rien au système nerveux. — Nystagmus très net.

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Température 38°,2.

Quelques transpirations nocturnes. Il y a deux ans, poids avec effets : 60 kilos. Actuellement : 50 kilos en chemise.

30 Avril 1910. — Au-dessus de l'appendice xyphoïde, on aperçoit un abcès froid du volume d'une grosse noix. Pas de nouveaux symptômes pulmonaires.

6 Septembre 1910. — On constate un nouvel abcès froid au-dessous du précédent.

23 Février 1912. — Parti du service au mois d'avril dernier en 1911, le malade a pu travailler, mais toux et crachats. Depuis, un mois, le malade se sent plus faible ; il cesse son travail car il est oppressé, perd ses forces et son appétit.

A l'examen : expectoration nummulaire, oppression marquée, rauçité de la voix avec douleur à la déglutition depuis un mois. Amaigrissement.

Rien au cœur.

Aux poumons : pas de modifications appréciables depuis le précédent séjour. Caverne à gauche ; râles humides peu nombreux nécessitant les efforts de la toux pour être entendus. Emphysème aux bases.

Il existe au niveau de l'appendice xyphoïde une petite fistulette, par où s'écoule un peu de sérosité louche. Au-dessus se trouve un point osseux douloureux très net.

Monsieur le Professeur Collet, Médecin des Hôpitaux, note en février 1912 : dysphagie avec grosse infiltration des aryténoïdes.

Mort le 16 Mai 1912.

Pendant les derniers jours de la maladie, le malade, n'a pas présenté de symptômes particuliers. Il n'était pas plus oppressé, mais se plaignait surtout de la gorge. Outre les douleurs à la déglutition, il avait en plus de la gêne qui semble devoir être mise sur le compte des injections d'alcool au niveau du laryngé supérieur.

Autopsie. — Cadavre très amaigri. Au niveau de l'appendice xyphoïde, petite fistule qui conduit dans un foyer d'ostéite gros comme une noisette et rempli de pus. Ce foyer est creusé en majeure partie dans cet appendice ; les lésions ont envahi une articulation chondro-sternale droite. Pas de lésions sur la face pleurale, l'abcès ne traversant pas la paroi thoracique.

Poumons : pas d'épanchement pleural. Adhérences au sommet gauche et dans la moitié supérieure de la plèvre droite. La coupe des deux poumons montre des lésions à peu près analogues : grandes cavernes aux sommets, avec plusieurs autres, petites, tout autour. Les bronches environnantes sont dilatées ; et, le parenchyme pulmonaire a pris une consistance dure et ferme. Ces caractères, joints à ceux des cavernes dont les parois sont lisses, montrent que ces lésions sont anciennes. Dans la moitié inférieure des deux poumons, on note au contraire des lésions récentes ; poussée granulique, plus confluyente à droite.

Cœur très petit, sans lésion orificielle.

Foie : peu volumineux, de coloration brune, sans lésion tuberculeuse. Pas de cirrhose. C'est un foie de sujet inanitié.

Rate normale.

Reins parfaitement sains.

Capsules surrénales : au niveau de la capsule droite sont deux foyers tuberculeux très nets, entourés de tissu absolument sain. L'un a le volume d'un pois, l'autre d'un haricot. Ils sont à la

coupe de coloration jaunâtre et ont la consistance de marrons d'Inde sans points ramollis.

Intestin : Ganglions mésentériques hypertrophiés ; mais pas de péritonite, pas d'adhérence, pas de liquide. On ouvre un mètre de la portion terminale de l'iléon sans rencontrer d'ulcération tuberculeuse.

Appendice : volumineux, turgescant, comme si l'on avait injecté du liquide sous pression. Longueur : 10 centimètres. Son volume et sa forme sont ceux d'un pénis en érection. Sa coloration est normale, rose, sans injection vasculaire, sans adhérence, ni péritonite tout autour. Il présente dans sa première portion quelques bosselures. Son extrémité inférieure est effilée et complètement libre dans le péritoine voisin ; à son extrémité supérieure, il se renfle pour former une tête arrondie, grosse comme une petite mandarine. Elle fait assez fortement saillie dans la lumière du cœcum dont la muqueuse la recouvre régulièrement. Aucune trace d'orifice appendiculaire. L'appendice semble plein d'un liquide qu'on sent fluctuer et qui paraît être sous assez forte tension.

Examen du laboratoire à la Faculté de Médecine :

I. — La lumière appendiculaire est considérablement dilatée et amincie par une masse hyaline, au sein de laquelle on voit des zones fibrineuses plus denses.

II. — Au microscope, la paroi est considérablement amincie. On ne trouve plus trace de la muqueuse ; la sous-muqueuse est réduite à l'état de simple lame fibreuse. La paroi est en somme constituée par le muscle. — Pas de tuberculose.

III. — Examen d'une substance trouvée dans l'appendice.
Corps cylindrique, fibreux, de 0,006 millimètres de diamètre,

de coloration rose et ayant à l'intérieur et à l'extérieur de petits globules opaques, ovoïdes d'environ 0,001 millimètre de petit diamètre.

Cette substance ne cède rien aux différents dissolvants employés et brûle en répandant une odeur de chair brûlée et en laissant peu de cendres. Elle est donc constituée par de la fibrine.

OBSERVATION V

*(Inédite, Service du Docteur Durand,
Chirurgien des Hôpitaux)*

HYDROPISIE DE L'APPENDICE ILÉO-CŒCAL

C..... Paul, 40 ans. Entrée le 27 Février 1912, sortie le 28 Mars.

A. C. Parents morts, le père d'une fluxion de poitrine, la mère de paralysie. Un frère mort à 24 ans de méningite, un autre bien portant.

A. P. Influenza à 18 ans ; le malade prend quelquefois des bronchites, mais elles sont bénignes. Blennorragie au régiment, ayant duré deux mois, mais sans complications. Femme bien portante, pas de fausses couches. Fillette de 9 ans en bonne santé ; cependant un fils est mort à 6 ans de méningite.

La première crise appendiculaire date du mois d'août 1911. Elle s'accompagne de douleur dans la fosse iliaque droite avec coliques irradiées dans tout le ventre et de constipation. La température est de 38° - 39°. Pas de vomissement. Résolution au bout de 9 jours.

La deuxième crise a lieu le premier janvier 1912. Elle est analogue à la première, sauf qu'elle a duré plus longtemps, jusqu'au 17 janvier.

Actuellement, le malade ne souffre plus dans sa fosse iliaque droite. On note en plus une hernie inguinale gauche,

datant de 5 ans. Son anneau est large ; elle est petite, se reproduit un peu malgré le bandage, mais reste bien réduite dans le décubitus.

Pointe de hernie à droite.

Intervention le premier mars 1912. — Appendice distendu dans la moitié de sa longueur par du liquide clair, de sorte qu'il présente une moitié proximale de calibre normal et une moitié distale grosse comme un volumineux index.

Cure radicale de hernie.

Suites opératoires. — Le soir de l'intervention, la température est à 38°,2, le lendemain à 39°,1 le matin et le soir. Le surlendemain, chute à 38°,5 le matin, le soir à 38°,2. Les jours suivants la température diminue progressivement ; et, le 14 elle est à 37°. — Premier pansement le 8 mars 1912. Sortie le 28 mars après guérison.

OBSERVATION VI

(Inédite, Service du Docteur Durand, Chirurgien des hôpitaux)

HYDROPIE DE L'APPENDICE ILÉO-CŒCAL

B... Auguste, 32 ans. Entrée le 2 février 1912; Sortie le 7 mars.

A. C. — Mère bien portante, père mort de cirrhose hépatique; un frère mort d'alcoolisme; marié, sa femme est bien portante; elle n'a eu ni enfant, ni fausse couche.

A. P. — La première crise remonte au mois de juillet 1911. Sa durée est de 10 jours, sans température, mais avec des vomissements alimentaires et de la constipation.

Nouvelles crises analogues en septembre 1911 et en janvier 1912. Cependant les douleurs furent plus intenses pour cette dernière.

A l'hôpital, le malade arrive avec une légère sensibilité au point de Mac Burney et un empâtement peu net dans la profondeur de la fosse iliaque droite.

Les symptômes locaux disparus trois semaines après l'entrée dans le service, on intervient le 27 février 1912.

Intervention. — On trouve un appendice long de 8 cent. environ, gros comme un volumineux index, de couleur légèrement rosée. Il est distendu par une masse liquide claire, et, constitué par une paroi dilatée et amincie. Appendice adhérent,

surtout à sa base ; son méso est gros et infiltré. La couverture séreuse se décolle très facilement : il en résulte un gros lambeau péritonéal.

Suites opératoires. — Opéré le 27 février, le malade pousse un 38° le lendemain soir ; après quoi la température descend à 37°,4, puis à 36°,8. Premier pansement le 5 mars ; sortie, après guérison, le 7 du même mois.

OBSERVATION VII

*(Inédite, Service du Docteur Tixier, Professeur Agrégé,
Chirurgien des hopitaux)*

HYDROPIE DE L'APPENDICE

M.... Marius, 36 ans, A. (Drôme).

Le malade est pris le premier juin 1908, en pleine santé, d'une violente douleur dans la fosse iliaque droite avec vomissements. La douleur persiste toute la nuit. Le lendemain, ces phénomènes sont complètement amendés.

Bonne santé jusqu'au 15 novembre de la même année. Ce jour-là, nouvelle crise, beaucoup plus aiguë que la première. Le malade est soigné pendant 15 jours avec de la glace sur le ventre et reste un mois au lit.

A l'hôpital, on trouve un abdomen souple, se laissant bien déprimer. Pas de plastron au niveau de la région cœcale; cependant, l'on perçoit très nettement du gargouillement à ce niveau. Le toucher rectal est négatif. Pas de diarrhée, pas de constipation. Rien aux poumons et au cœur.

Intervention le 14 janvier 1909. — Appendice en érection, avec un pédicule; il est très allongé, pourvu d'adhérences, rempli non de pus, mais de sérosité.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION VIII

*(Inédite ; due à l'obligeance de M. le docteur Chaliér,
chef de Clinique à la Faculté)*

R... Jules, entre à la Charité le 7 septembre 1912, dans le service de M. Vignard, suppléé par M. André Chaliér.

Rien dans ses antécédents, si ce n'est qu'il a été opéré par le Docteur Vignard, il y a deux ans, pour une double hernie inguinale. Aucune trace de tuberculose.

Les parents racontent, sans aucune précision, que depuis quelque temps, l'enfant souffrait, par intermittences, de coliques suivies de diarrhée. Il y a 10 jours, fin août par conséquent, il aurait eu une crise un peu plus forte que les précédentes, avec coliques et diarrhée qui aurait duré deux ou trois jours, et ne se serait pas accompagnée de vomissements.

La crise pour laquelle le malade vient dans le service a débuté hier, 6 septembre, dans la soirée, par une douleur aiguë et continue dans la fosse iliaque droite, accompagnée de vomissements bilieux et glaireux, et surtout par de la diarrhée. La température n'a pas été prise.

A l'entrée, facies pâle, allongé, yeux excavés, langue saburrale, température 38°, pouls à 125, 130. Douleur dans toute la fosse iliaque droite et aussi dans toute la région sous-ombilicale. Pas de contracture de la paroi, ni de vomissements bilieux depuis hier; cependant la respiration est gênée : elle est du type costal supérieur.

Malgré la gravité apparente de cet état, qui ne donnait pas cependant l'impression d'une péritonite en voie de diffusion, on se décide à l'expectative, et l'on met le petit malade à la diète et à la glace.

Le lendemain, 8 septembre, la température se maintient aux environs de 38°, mais le pouls descend à 75, 80 pulsations.

Après une apyrexie de huit jours, la température se relève le 18 septembre pour atteindre 38°,2. En même temps le 21 du même mois, surviennent quelques petites coliques et de la douleur à la pression au niveau de l'appendice, tous phénomènes qui avaient complètement disparu les jours précédents. Mais ce n'est là qu'une ébauche de crise, car le 22 septembre, la température redevient normale et les douleurs cessent. Du 25 au 28 septembre, il y a même de l'hypothermie ; 36°,6, 36°,8.

Sans cause connue, le 29 du mois, une légère poussée fébrile se dessine le matin, pour atteindre le soir 38°,4. En même temps, dans l'après-midi, le malade est pris de frissons et de coliques. La nuit suivante, ces phénomènes persistent.

Le lendemain matin, la température atteint 39°,4 ; le pouls est à 120 ; le facies est tiré, le ventre très douloureux à droite et météorisé. Quelques gouttes d'urine, pas de vomissements. Dans la crainte d'une poussée péritonitique, l'opération d'urgence est décidée.

Intervention le 30 septembre 1912 (A. Chalier). — Incision classique le long du bord externe du grand droit. Le tissu sous-péritonéal est œdémateux, l'épiploon hyperémié, épaissi, adhérent à la paroi. Pour le détacher, on doit brancher sur la ligne d'incision primitive, l'incision perpendiculaire de Jaboulay (Voir Obs. III). Au-dessous de l'épiploon est l'appendice ; il est en érection et se présente par sa pointe (comme dans l'Obs. III). La base, au contraire, est profondément appliquée contre la fosse

iliaque. L'appendice n'est pas adhérent à l'intestin ; il présente à sa base un renflement du volume du pouce, à la suite duquel il se rétrécit et se coude à angle droit pour s'implanter sur le cœcum par un pédicule court. Au niveau de sa distension basale, l'appendice présente des reflets bleutés, comme s'il se trouvait distendu et aminci par un calcul intérieur. En réalité, par la pression, on se rend compte qu'il s'agit d'une hydropisie appendiculaire totale puisque le liquide peut refluer, dans toute son étendue de la base de l'appendice vers la pointe et vice-versa, toutefois, il est impossible de chasser le liquide de l'appendice dans le cœcum.

Appendicectomie très facile par section du court pédicule ; fermeture de la paroi à trois plans, sans drainage.

Suites opératoires des plus simples. — Dès le lendemain la température tombait à 38°,3, les pouls à 100, 105 ; et, dix jours après, les fils étaient enlevés et la cicatrisation complète. L'enfant sortait de l'hôpital 3 semaines après son opération, avec un excellent état général.

Examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire. — L'appendice enlevé renfermait uniquement du liquide séro-muqueux. Il était creusé, dans toute sa longueur, d'une cavité unique, régulière, beaucoup plus considérable qu'à l'état normal, cavité habituelle des appendices malades ; par contre, il paraissait complètement oblitéré dans la région du pédicule où avait porté la section. On ne trouvait à son intérieur ni fongosité, ni corps étranger. Les parois étaient d'une façon générale plutôt amincies, surtout vers la base ; seule la pointe offrait peut-être un certain épaissement des parois.

L'examen histologique, fait par M. Savy à la Faculté, a montré des lésions d'appendicite subaiguë déjà anciennes, sans follicules tuberculeux.

OBSERVATION IX

*(Inédite, due à l'amabilité du Docteur Saugues,
externe dans le service du Docteur Vignard)*

APPENDICITE PROBABLEMENT D'ORIGINE TUBERCULEUSE

S..... Paul, 8 ans.

A. H. — Père bien portant ; mère morte de bronchite suspecte.

A. P. — Le malade tousse tous les hivers.

L'affection pour laquelle l'enfant vient à la Charité a débuté il y a un mois environ, le 27 juillet 1912. Depuis cette époque, il souffre de douleurs abdominales vives, accusées surtout à droite.

La deuxième crise, celle qui nécessite son admission à l'hôpital, est du 20 août 1912.

A l'examen, on voit un enfant abattu, prostré, ne répondant que difficilement aux questions, aux yeux excavés, cernés, à la langue saburrale. Le pouls est à 140, la température à 39°5.

L'enfant a des vomissements alimentaires et bilieux ; l'arrêt des matières et des gaz est complet.

La paroi abdominale est contracturée ; à la palpation, on ne sent pas de plastron ; le toucher rectal ne donne également pas de résultat.

Sous l'influence du repos, de la glace, de l'opium, la crise s'arrête. Le lendemain la température tombe à 37°8, le pouls

à 92. Le surlendemain, la contrature a disparu, la température est normale, le pouls régulier.

Intervention le 22 août 1912. — Après l'incision de la paroi abdominale, on tombe sur un cœcum adhérent au péritoine pariétal qui est d'une friabilité exagérée. Il est impossible d'extérioriser l'intestin dont la face postérieure est tapissée d'adhérences filamenteuses blanchâtres, semées de granulations miliaires abondantes faisant penser à la tuberculose. Pas d'ascite. On procède à l'ablation de l'appendice qui paraît dilaté, tendu, en boudin. En l'ouvrant, on voit que sa lumière est distendue par de la sérosité claire. La muqueuse ne semble pas présenter d'altération notable ; mais l'examen histologique n'a pas été fait.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION X

(Petit, in thèse, Paris 1905)

Hydro-appendice tuberculeuse — Appendicectomie. Guérison opératoire. — Mort de granulie 3 mois après.

M..., 32 ans, artiste peintre, est pris pendant une période de 28 jours, d'une crise aiguë d'appendicite, soignée à l'hôpital militaire. Il revient chez lui souffrant encore. Un médecin consulté trouve tous les signes d'une appendicite indéniable : douleurs dans la fosse éliaque droite, troubles intestinaux, etc.; mais il persiste un empâtement, qui fait prolonger quelque temps encore le traitement avant de recourir à l'intervention.

Le malade a été atteint autrefois de tuberculose pulmonaire. Guérison actuelle.

L'appendicite ne se refroidissant pas malgré le traitement, la température oscillant autour de 38° et l'état général ne s'améliorant pas, on décide l'intervention.

L'opération a lieu. On trouve très peu d'adhérences péri-appendiculaires, mais un appendice énorme, du volume du pouce, à parois très minces, rempli de liquide séreux, louche, véritable hydro-appendice qui se rompt au cours de l'opération et dont le liquide souille la plaie. Ligature de l'appendice à la base; section au thermo-cautère; fermeture de la paroi; drainage.

Suites opératoires. — Les suites opératoires immédiates furent

très bonnes. Il n'y eut pas de température et le drain est enlevé le troisième jour. Dix jours après, la température remonte et atteint 38°, sans douleur locale. Le siège du drain devient ulcéreux; il se forme une ulcération tuberculeuse de la peau sans communication avec les parties profondes. Les applications de teinture d'iode, de nitrate d'argent et autres caustiques restèrent sans résultat. Cette ulcération n'a jamais guéri.

La température persista, la toux apparut; et, transporté à la campagne, le malade mourut en huit jours de granulie, dans les trois mois qui suivirent l'opération.

Examen de l'appendice. — Les parois sont très amincies, presque transparentes dans sa plus grande partie. En son milieu existe une ulcération irrégulière, déchiquetée, à bords décollés, large comme une pièce de un franc. Les bords sont violacés, ecchymotiques, flottants; le fond est limité à la seule séreuse et on s'explique qu'il se soit si facilement rompu.

Le vermium est régulièrement cylindrique et le développement de la poche se fait suivant l'axe de l'appendice. Le kyste est bien centré par rapport à la cavité.

L'examen microscopique se trouve dans le chapitre ayant trait à l'anatomie pathologique.

OBSERVATION XI

*(Walther, Société de Chirurgie de Paris, 15 Mars 1899; et Thèse
Wagon, Paris, 1904)*

Femme jeune, vigoureuse, de très bonne santé habituelle. En mars 1898, très légère crise d'appendicite, sans aucune réaction péritonéale, offrant tous les caractères de la crise dite de colique appendiculaire.

Nouvelle crise en septembre. La malade ne garde aucune douleur dans l'intervalle des crises, mais une sensation intermittente de pesanteur, de lourdeur, plus bas que la fosse iliaque. Il lui semble qu'elle porte là quelque chose qui la tiraille et dont elle localise le siège très bas dans le bassin.

En janvier 1899, nouvelle crise pas très douloureuse, toujours sans aucune réaction fébrile.

A ce moment je constate ce que je n'avais pas encore trouvé aux examens précédents : une disposition particulière d'une tumeur qui ne peut être autre chose qu'un appendice volumineux. La pression sur la fosse iliaque ne révèle aucune douleur ; plus bas, au-dessus de l'arcade crurale, on détermine à la pression une douleur qui répond très nettement au creux épigastrique, et ne peut être rapportée par conséquent qu'à une adhérence épiploïque, ou à l'appendice.

Toucher vaginal : utérus mobile, absolument sain ; à droite, ovaire mobile, normal, pas douloureux ; immédiatement en arrière et à droite de l'ovaire, une tumeur du volume du doigt, terminée

en bas par une extrémité arrondie et donnant exactement la sensation d'une trompe hystique. Mais le grand axe de la tumeur est vertical ou du moins un peu oblique en bas et en dedans. Elle semble remonter vers le bord du détroit supérieur aussi haut du moins que le doigt peut la suivre. Il semble donc bien qu'il s'agisse là d'un appendice volumineux, tombant en battant de cloche dans la cavité pelvienne. La pression du doigt sur cette tumeur est douloureuse et détermine aussi une douleur à l'épigastre.

A cette constatation directe, je dois ajouter une série de troubles digestifs très accusés dont souffre la malade depuis la première crise appendiculaire : digestions pénibles, constipation habituelle. Ces troubles digestifs ont amené un amaigrissement très notable.

Un examen des annexes, fait par M. Bar, non prévenu de ce que j'avais trouvé, confirma le mien en tout point.

Devant ces indications, je conseillai une opération.

Intervention. — La laparatomie nous montre qu'il n'y avait aucune adhérence épiploïque. Au cœcum était appendu un appendice que je fis très facilement sortir par un mouvement de bascule et qui se dressa au-dessus de l'intestin, tendu, d'une teinte rosée, transparent. Huit centimètres de long ; trois centimètres de diamètre ; sa circonférence est de neuf centimètres. Il est entièrement hystique, à liquide clair, clos à un centimètre de son origine. C'est sur ce court pédicule d'appendice de volume normal que j'ai placé la ligature et fait la résection.

A la surface de la tumeur, de nombreux filaments de petites membranes péritonéales et sur le bord opposé au méso, ces membranes péritonéales se réunissent en une sorte de bouquet, de masses foliacées.

La malade revue en 1904, 5 ans après l'opération, allait très

bien et ne présentait plus le moindre trouble du côté de l'abdomen. Guérison complète.

A la suite de cette communication, Walther compare le contenu hystique à celui d'une hydrocèle, et, Routier lui signale qu'il a eu l'occasion d'observer un appendice absolument semblable, appendice qui malheureusement a été perdu.

L'année suivante, en mars 1900, à la Société de Chirurgie de Paris, Walther revient à son opération et dit : « Les troubles digestifs, dans un certain nombre de cas, ne paraissent pas devoir être rapportés à l'infection, mais bien à la persistance des douleurs, aux tiraillements exercés par la tumeur appendiculaire. Je veux parler des cas rares où l'appendice est complètement transformé en un kyste à liquide clair. »

En résumé, voici notre bilan d'observations : 9 cas à Lyon et 2 à Paris. C'est avec ce petit nombre que nous allons néanmoins tenter de décrire l'histoire pathologique de l'hydroappendicite.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

D'après les observations précédentes, l'hydroappendicite se présente ordinairement de la façon suivante :

Lorsque l'incision abdominale est faite, on découvre un organe turgescant, allongé dans la fosse iliaque interne, de couleur rosée, volumineux : c'est l'appendice. — Sa longueur varie entre 8 et 12 centimètres. — La dilatation appendiculaire peut être générale ou circonscrite à une extrémité ; elle peut être régulière ou irrégulière. Dans certaines observations de dilatation généralisée et uniforme, l'appendice ressemble à un penis (Obs. IV), à une banane (Obs. III). Dans d'autres où elle est irrégulière et offre des bosselures, on compare son volume à une mandarine, à une poche d'hydrocèle (Obs. XI), à l'intestin grêle (Obs. I). Ailleurs on parle de dimensions analogues à celles d'un index volumineux (Obs. V), d'un pouce (Obs. X). Il existe, dans les cas de dilatation irrégulière, des cloisons qui font une ou deux bosselures (Obs. I) ; ou bien l'extrémité cœcale est libre et normale, et la terminaison de l'appendice distendue rappelle la formation d'un véritable kyste appendiculaire.

Des adhérences sont assez souvent rencontrées, fixant l'appendice à l'épiploon voisin ou l'incurvant en dedans du cœcum. Ces adhérences peuvent former un bloc où est emprisonné une partie de la dilatation appendiculaire. Le méso-appendice présente souvent une infiltration œdémateuse. Enfin, dans certains cas,

l'on trouve tout autour quelques granulations miliaires tuberculeuses (Obs. IX de Vignard), et, une hypertrophie ganglionnaire dans le mésentère (Obs. IV). Les adhérences doivent être détachées avec précaution, car l'amincissement des tuniques appendiculaires est tel qu'une traction un peu forte suffirait à rompre l'appendice.

Ainsi dégagé et observé par transparence, l'appendice offre une translucidité parfaite que l'on peut rapprocher de celle de l'hydrocèle.

Le liquide qu'il contient fluctue sous une pression variable, dépendant de sa quantité et aussi des cloisons qui rétrécissent la cavité appendiculaire. A ce point de vue, les observations d'hydroappendicite sont différentes. Ainsi, dans certaines, on ne parle que d'un seul rétrécissement à la base de l'appendice ; dans d'autres, il existe une ou deux cloisons expliquant les bosselures rencontrées à la surface de l'organe.

C'est dans ces poches successives, ou dans cette cavité unique et dilatée que se trouve le liquide clair caractéristique de l'hydroappendicite, seul contenu, en principe, de l'appendice. Cependant, dans l'observation IV, outre le liquide en question, la cavité renferme, sur toute la longueur de son axe, une tige cylindrique rugueuse, de 5 à 6 millimètres de diamètre, insérée à la base de l'appendice et faiblement adhérente à la poche jusqu'à son extrémité libre. Cette formation pathologique, ne rappelant au premier abord rien de connu, fut examinée histologiquement et chimiquement. On remarqua qu'il s'agissait d'une substance constituée par de la fibrine.

A part ce cas, il n'existe donc, comme contenu, que de la sérosité claire : aucun corps étranger, aucun calcul engagé dans la lumière appendiculaire. C'est pourquoi nous éliminons de notre cadre toutes les formes de rétention kystique par corps

étranger. Il en est de même de toutes les autres dilatations kystiques à contenu louche ou purulent. La sérosité claire est donc la véritable signature de l'hydroappendicite. Nous verrons dans le prochain chapitre quelle doit être l'interprétation de son mode formation.

Ce liquide clair, recueilli par ponction, fut injecté par M. Horand, chef de laboratoire, dans le foie et sous le péritoine d'un cobaye. Quelques jours après, cet animal était mort ; et, l'on trouva à l'autopsie de l'ascite et des granulations péritonéales.

L'examen histologique des parois appendiculaires décèle dans l'observation III des cellules géantes.

Dans l'examen de laboratoire des observations IV et VIII, il n'est pas fait mention de la tuberculose. Cependant, les examens concordent dans l'appréciation de la disposition des tuniques appendiculaires. C'est ainsi que dans l'observation de M. le Docteur Mouisset, on ne trouve plus trace de la muqueuse. La sous-muqueuse est réduite à l'état de mince lame fibreuse ; la paroi est en somme constituée presque uniquement par le muscle. Dans notre observation III, l'examen histologique révèle les mêmes altérations. On note toutefois ceci en plus : le muscle lui-même est très différent suivant les points considérés. « Les fibres musculaires sont en certains points hyperplasiées ; en d'autres elles sont granuleuses et en voie d'atrophie. On trouve également de l'infiltration lymphoïde. »

A ces deux examens histologiques lyonnais portant sur les parois appendiculaires, il convient de rattacher l'observation microscopique décrite par Petit sous le nom de dilatation kystique, forme que cet auteur considère comme très rare, mais que Letulle aurait observée plusieurs fois, et dont il n'a pas gardé les pièces. Petit insiste également sur la minceur des parois

qu'il compare à celle d'une feuille de papier à cigarettes. « Le microscope montre qu'il s'agit d'une atrophie totale des tuniques appendiculaires. On les retrouve toutes, mais réduites à presque rien. L'épithélium de la muqueuse est conservé, mais les cellules sont aplaties ». Faisons remarquer ici que dans l'examen de M. Mouisset on ne trouve pourtant plus trace de muqueuse. Petit continue « Le chorion est atrophié, de même les glandes en tube qui sont raccourcies et déniées obliquement ; elles sont inclinées, couchées presque parallèlement à la muqueuse. Une pareille obliquité peut être considérée comme caractéristique de l'ectasie kystique. Les follicules sont rares ; ils semblent eux-mêmes écrasés latéralement. C'est à leur niveau qu'il faut rechercher les petits noyaux caséux, les rares cellules géantes qui permettent de diagnostiquer l'origine tuberculeuse de la lésion. La sous-muqueuse, la musculuse et même la séreuse sont considérablement atrophiées et réduites à presque rien. Les vaisseaux eux-mêmes ont subi une diminution considérable et la plupart sont difficilement reconnaissables. Quant au liquide kystique, l'examen bactériologique n'a pu être fait ; mais il doit être vraisemblablement des plus toxiques. En effet, quelques gouttes étant tombées sur la plaie au cours de l'intervention, il en est résulté une ulcération superficielle d'aspect nettement tuberculeux et qu'il a été très difficile de guérir. »

CHAPITRE III

PATHOGÉNIE

Il ne saurait convenir à notre sujet d'entrer dans l'étude de la pathogénie des appendicites. Le seul point à élucider est la détermination de la nature de l'hydroappendicite. Les considérations précédentes d'anatomie pathologique nous permettront de le faire, en y ajoutant, toutefois, certains caractères qui découlent de la lecture des observations cliniques.

Plusieurs faits demeurent bien établis. D'abord, l'injection du liquide dans le péritoine et le foie d'un cobaye a déterminé la formation d'une ascite et de granulations tuberculeuses et la mort en quelques jours. Cette injection, il est vrai, n'a pu être faite qu'une seule fois ; mais, on ne peut lui enlever sa portée, et, ce fait unique et précis demeure comme une donnée d'appréciation très importante. D'ailleurs, l'on a vu que dans l'observation de Petit, quelques gouttes de ce liquide, tombées au cours de l'intervention, engendrèrent une ulcération superficielle nettement tuberculeuse et très rebelle à la guérison.

Le deuxième fait acquis est la présence de cellules géantes. La pièce de l'observation III a décelé ces cellules. Petit les cite également et avec elles de petits noyaux caséeux. « C'est au niveau des follicules écrasés qu'il faut chercher les petits noyaux caséeux et les rares cellules géantes qui permettent de diagnostiquer l'origine tuberculeuse de la lésion ». Les deux examens négatifs des observations IV et VIII ne sauraient atténuer l'importance des données qui précèdent.

En troisième lieu, les examens macroscopiques et microscopiques incitent, tous, et, c'est à noter, sur l'amaigrissement extrême des parois, sur leur atrophie spéciale. Or, comme le font remarquer Letulle et Weinberg, dans leur étude sur l'histologie pathologique des appendicites, seule l'infection « tuberculeuse » aiguë ou chronique est capable d'agir ainsi sur la totalité des couches.

Enfin viennent des considérations d'ordre divers. Dans l'observation IX on signale des granulations miliaires sur la face postérieure du cœcum et sur le grêle, et, une hypertrophie suspecte des ganglions du mésentère ; le malade de l'observation IV, est porteur de lésions tuberculeuses non seulement pulmonaires, mais encore laryngées, ainsi qu'il résulte de l'examen de M. le Professeur Collet ; d'un autre côté les antécédents de quelques malades sont significatifs. C'est ainsi que dans l'observation III, le malade, quoique bien portant à l'époque de l'intervention, a eu une pleurésie tuberculeuse et des hémoptysies. A son tour, le malade opéré par M. le Docteur Vignard est un tousseur habituel ; il a des sommets douteux. D'ailleurs, il sait de qui tenir, puisque sa mère est morte de tuberculose.

Donc, à l'heure actuelle, d'après tout ce qui précède, il semble logique de cataloguer l'hydroappendicite dans le chapitre de la tuberculose appendiculaire. A côté des formes hypertrophiques décrites en particulier à Lyon par M. Gayet, il existerait des *formes atrophiques avec hydropisie*.

Cette dernière forme est très rare, parce que son développement exige des conditions très particulières. Sans doute, il s'agit d'une atténuation très notable du bacille de Kock qui, sans arriver à former de grosses ulcérations, laisse la réaction fibreuse s'accomplir lentement dans la texture appendiculaire qu'elle transforme peu à peu.

Le liquide de réaction provient de la muqueuse, puisque chimiquement c'est du mucus. Ce liquide remplit progressivement la cavité et ajoute par sa distension à l'amincissement des parois appendiculaires. Les adhérences irradiées autour de ces dernières les consolident par le bloc où elles les emprisonnent souvent.

Le processus tuberculeux atténué d'une part, et, d'autre part le liquide de distension arrivent ainsi à constituer des ectasies appendiculaires. Ces deux processus se combinent mutuellement pour arriver à un pareil résultat, étant donné que le processus tuberculeux atténué aboutirait, seul, de par son évolution même, plus sûrement à l'hypertrophie qu'à l'extasie. L'élément indispensable est donc le liquide de sécrétion muqueuse. Son emprisonnement dans la cavité appendiculaire fait la distension, condition *sine qua non*.

Cet emprisonnement est réalisé par un rétrécissement anatomique des parois, qui oblitère en totalité l'appendice, le liquide ne pouvant refluer de l'appendice dans la cavité cœcale quand le rétrécissement siège à la base de l'organe. La distension peut alors s'accomplir progressivement, d'autant plus que la barrière soustrait la cavité à la pénétration des germes intestinaux qui ne pourront, dans ces conditions, ensemençer le liquide séro-muqueux.

Cette distension, en déterminant des phénomènes de tension intermittente dans la cavité, peut provoquer des crises qui se répètent par intervalles, ainsi que nous l'avons vu, et, qui expliquent le rapprochement établi par M. le Professeur Jaboulay entre l'hydronéphrose intermittente, l'hydrocholécystose et l'hydroappendicite.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

Essayer de décrire des symptômes à une affection aussi rare serait prématuré. Il est plus logique de relater les principaux types cliniques qui lui ont servi d'expression symptomatique.

Dans l'observation IV, l'hydroappendicite a été « latente ». Le malade vint à l'hôpital pour une bronchite de nature tuberculeuse, sans se plaindre beaucoup de son tube digestif. L'observation dit ceci : « appétit conservé, ni diarrhée, ni constipation, langue quelque peu saburrale, abdomen un peu ballonné, à la date de sa première entrée à l'hôpital en janvier 1910. Il eut au cours de cette année des abcès froids thoraciques, etc. On note à son deuxième séjour, en février 1912 : état général peu satisfaisant, toux....., mais rien au foie, ni à la rate ; ventre souple. Mort le 16 Mai 1912. L'hydroappendicite a été une « trouvaille d'autopsie ».

Dans une autre forme (Obs. XI) et Obs. III, qu'on pourrait appeler avec Walther, qui a consacré le nom, « forme avec tumeur », l'hydroappendicite se révèle à la fois par un ensemble de troubles digestifs et par la présence d'une véritable tumeur en boudin dans la fosse éliaque interne. Tel est le cas de Walther où le toucher vaginal et le palper abdominal firent sentir une tumeur allongée suivant le grand axe de la fosse éliaque. Un an plus tard, en 1900, Walther revient sur son observation et insiste dans une discussion sur l'appendicéa à la Société de Chirurgie.

gie de Paris, sur les douleurs causées par une pareille distension. « Il faut faire intervenir les tiraillements causés par la tumeur, dit-il. » Il consacre ainsi le terme. La pression du doigt sur l'appendice dilaté était également douloureuse avec irradiations vers l'épigastre. Dans l'observation III, en plus des troubles intestinaux présentés par le malade, on percevait aussi une tumeur piriforme douloureuse à la pression, avec irradiation vers l'épigastre et surtout vers la région lombaire. On ne fut pas surpris de trouver ensuite à l'intervention l'énorme appendice dont nous avons relaté plus haut les différents caractères.

Reste la dernière forme, la plus commune, celle qui est réalisée par la majorité des observations, la forme avec crises appendiculaires à répétition, quoique cette répétition des crises se présente aussi quand l'appendice évolue sous l'aspect d'une vraie tumeur. C'est à cette forme, la plus courante, comme il est dit, que l'on peut donner, avec M. le Professeur Jaboulay, le nom d'hydroappendicite intermittente. Les crises sont de même ordre que celles de l'hydrocholécystose intermittente, de l'hydrosalpinx, etc. Les différences entre les deux dernières formes décrites ne seraient pas très tranchées, ou, plus exactement, il y aurait, entre elles, de nombreux points communs. Les crises se répètent à 2 ou 3 mois d'intervalle (Obs. I, II, V, VI, VII, VIII, IX, X), quelquefois à époques plus rapprochées : toutes les 3 semaines dans l'obs. I. Elles maigrissent beaucoup le malade et lui donnent un teint pâle. Quand à leur allure, elle n'est pas partout la même.

Dans l'Obs. I, le malade éprouve une sensation de pesanteur dans l'abdomen et il vomit : ce sont des vomissements bilieux. Cet état dure deux ou trois jours et s'accompagne d'une constipation opiniâtre. Les crises dans les Obs. II, V, VI, VII, IX, X, se présentent plutôt sous forme d'embarras gastrique. Seul, le malade opéré par M. Chalié, dans le service de M. Vignard, eut

une crise à allure franchement inflammatoire, avec vomissement et grosse fièvre, au point d'en imposer presque pour une infection péritonitique et de dicter une intervention d'urgence.

Donc, d'une façon générale, les crises d'hydroappendicite sont plutôt des crises atténuées, d'ordre subaigu. Le malade de Petit eut peut-être une crise à allure aiguë, mais nullement comparable à la violence de celle de l'observation VIII.

Ces crises s'accompagnent à peu près toutes de vomissements et de localisations douloureuses dans la fosse iliaque droite, avec irradiations à l'épigastre ou dans les lombes. On note seulement deux ou trois fois de la *diarrhée*, symptôme qui, dans les tuberculoses appendiculaires ouvertes, a une certaine importance.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'hydroappendicite ne peut être établi d'une façon unique, puisque les manifestations de cette affection ne sont pas les mêmes. C'est ainsi que la « *forme latente* » à symptomatologie fruste ne peut même être soupçonnée. Dans l'unique observation de cette forme, le malade était soigné pour une lésion pulmonaire ; et, ce n'est qu'à l'autopsie que l'on reconnut l'hydropisie. Il n'avait présenté, de son vivant, aucun trouble digestif important ; aucune crise abdominale ; son ventre était souple. Rien en un mot chez lui ne pouvait faire soupçonner une lésion appendiculaire.

Dans la « *forme avec tumeur* », le diagnostic est sollicité à la fois par un cortège de troubles digestifs à répétition et par l'exagération du volume de l'appendice. Cette tumeur présente les caractères d'une tumeur inflammatoire, car la pression à son niveau est douloureuse et provoque des irradiations vers l'épigastre et les lombes. Comme, d'autre part, le malade présente des troubles digestifs bien souvent rencontrés dans les appendicites chroniques ou tuberculeuses, tels que des vomissements, une langue saburrale, des phénomènes de ballonnement abdominal, une constipation opiniâtre et parfois de la diarrhée, le diagnostic est aiguillé naturellement vers l'appendicite. Pourtant la présence d'une tumeur iliaque exige une interprétation assez délicate.

L'on ne saurait s'arrêter à l'idée d'un stercorome, car la masse boudinée est plus douloureuse.

L'on peut se demander si l'on n'a pas affaire à un cancer appendiculaire. Dans ce cas, le malade, au facies néophasique, présente un amaigrissement progressif, moins dû à l'insuffisance de l'alimentation qu'à la réaction cancéreuse. Il est plus âgé. On trouve des ganglions inguinaux ; et, enfin, la tumeur appendiculaire est moins douloureuse. Dans nos observations, l'amaigrissement n'est pas fatal, témoin le malade de l'observation III qui présentait un certain embonpoint ; et, nos sujets sont des adultes jeunes, même des enfants.

Dans la tuberculose iléo-cœcale, la tumeur est ordinairement plus importante ; mais rappelons-nous que l'hydroappendicite est quelquefois entourée d'un bloc d'adhérences tel qu'une masse assez considérable la représente à la palpation et au toucher. Dans la tuberculose iléo-cœcale, les troubles intestinaux sont toutefois plus graves, se répètent d'une façon plus fréquente. Nous avons vu cependant que dans l'observation I les crises appendiculaires survenaient toutes les trois semaines. N'importe, le tableau fonctionnel dans la tuberculose iléo-cœcale est plus grave.

Quant à différencier l'hydro-appendicite de la tuberculose ulcérate ou hypertrophique de l'appendice, cela nous paraît bien difficile. Dans les trois cas, le bloc appendiculaire peut paraître le même, en raison des adhérences surajoutées ; mais, un signe fonctionnel important nous semble apporter un élément de diagnostic : c'est la diarrhée. Celle-ci est très commune dans les tuberculoses appendiculaires ouvertes, mais nous l'avons rarement rencontrée au cours de l'hydroappendicite que nous avons considérée comme une tuberculose appendiculaire fermée.

Enfin, quand l'hydroappendicite ne se manifeste que par des crises appendiculaires à répétition, c'est avec les diverses variétés d'appendicites chroniques qu'elle reste confondue. L'allure des crises d'hydroappendicite n'est pourtant que subaiguë, le plus souvent, même dans la première crise. Nous n'avons noté que deux fois une allure aiguë (Obs. XI) et une réaction violente (Obs. VIII), ayant nécessité une opération urgente. Ce sont des crises avec localisations douloureuses et avec vomissements. On songerait à un embarras gastrique. L'exploration de la fosse iliaque révélera l'existence d'un boudin allongé, plus gros que dans les appendicites chroniques ordinaires, chez des malades présentant assez souvent dans leurs antécédents directs ou indirects quelques signes de tuberculose.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC

Nous n'avons pu retrouver les malades de nos onze observations. Nous savons cependant que le malade de l'observation III est actuellement en très bonne santé, vaquant même à des travaux pénibles sans la moindre fatigue. Le malade de l'observation IV est mort de ses lésions pulmonaires ; celui de l'observation VII est en bonne santé ; celui de Petit est mort de granulie trois mois après l'intervention ; la malade de Walther opérée en 1899 a été retrouvée en 1904 bien portante par Wagon.

D'après ces chiffres, on pourrait conclure que, dans 40 pour 100 des cas d'hydroappendicite, le pronostic reste sombre en raison de l'évolution ultérieure des lésions pulmonaires concomitantes. Ce n'est pas tant la lésion appendiculaire qui fait la gravité de la maladie que son association à d'autres lésions de même nature. Chez un tuberculeux très bien guéri comme celui de l'observation III, l'hydroappendicite ne peut être considérée que comme un accident moins grave qu'une tuberculose appendiculaire ouverte. La suppression de cette lésion, surtout sans rupture de la poche, conduira à une guérison certaine. Il ne saurait en être ainsi dans les cas de rupture de l'appendice, puisque le malade de l'observation X, dont la plaie opératoire avait été souillée par le liquide, pré-

senta une ulcération tuberculeuse rebelle à tout traitement et qu'il mourut trois mois après de granulie.

Somme toute, l'opération s'impose, car d'après ce dernier fait, on peut prévoir ce qu'il adviendrait d'une rupture spontanée intra-péritonéale.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Le traitement de l'hydroappendicite se résume dans la résection de l'appendice distendu.

Cette résection, en raison des considérations précédentes, doit être menée de telle sorte qu'elle s'opère en champ clos, pour mettre à l'abri d'une façon spéciale le péritoine, l'intestin et les plans de la paroi abdominale. Il s'agit en effet d'une poche à contenu toxique. Cela ne paraît pas très facile au premier abord, étant donné qu'il s'agit d'un énorme appendice, à parois très minces, souvent emprisonné dans des adhérences. La moindre déchirure, la moindre traction un peu forte suffisent pour rompre l'enveloppe et l'issue du liquide est fatale. Des compresses de gaze entoureront donc soigneusement toutes les parties avoisinantes de façon à prévenir le moindre écoulement. Surtout, les manœuvres de libération appendiculaire seront particulièrement douces et délicates. On pourra, comme le conseille M. le Professeur Jaboulay, et, comme l'a pratiqué une fois son chef de clinique le Docteur Chalié, commencer d'abord par la ligature et la section de l'appendice à sa base, puis, on libère l'appendice prudemment avec le doigt, en le dirigeant en sens inverse de la direction habituelle, c'est-à-dire de la base vers la pointe. Mais, on le comprend, cette libération et cette résection appendiculaires ne peuvent être

abordées le plus souvent que grâce à une incision convenable et suffisante. Les incisions de Jalaguier et de Roux sont, à ce point de vue, trop restreintes ; malgré les écarteurs, les plans ne seront que difficilement écartés : par elles, on découvre facilement l'organe, mais on ne saurait toujours arriver sûrement à l'isolement facile d'un appendice turgescent, à parois minces, souvent adhérent sans rupture, ni déchirure.

M. le Professeur Jaboulay a l'habitude de pratiquer en pareil cas — comme d'ailleurs dans toutes les formes où l'appendice est malaisé à découvrir — une incision transversale qui, partant du tiers inférieur de l'incision dite de Jalaguier, se dirige obliquement vers l'arcade crurale ou vers l'épine iliaque antéro-supérieure. L'incision de Jalaguier est d'abord conduite jusqu'au plan péritonéal. Les deux feuillets du péritoine incisé sont repérés. On se rend compte des lésions appendiculaires, de leur nature, de leur situation, de leur volume et surtout des adhérences. En cas d'hydropisie, celles-ci doivent être libérées avec prudence ; toute incision verticale doit être considérée comme limitant trop les manœuvres. C'est dans ces cas que l'incision complémentaire de M. le Professeur Jaboulay rend les plus grands services. Les plans de la paroi abdominale, peau, tissu cellulaire sous-cutané, aponévroses du grand oblique, petit oblique et transverse sont incisés successivement. L'hémostase est faite au fur et à mesure. Le doigt est ensuite glissé sous le feuillet péritonéal externe de la brèche verticale ; et, sur le doigt, le péritoine est incisé transversalement sur tout ou partie de l'incision complémentaire des fréguments. Les feuillets séreux sont repérés ; des compresses sont glissées dans tous les recoins du champ opératoire. Toutes les lésions apparaissent alors avec la plus grande netteté ; et, c'est dans ces conditions que la libération appendiculaire peut être menée

à bonne fin. La résection de l'appendice se fait comme de coutume et, si l'on a soin de refermer soigneusement le ventre à trois plans, en rapprochant exactement les deux tranches de section des muscles obliques, on obtient une paroi très solide, sans la moindre éventration. Il en fut ainsi dans les deux cas de M. Jaboulay et de M. Chalié où l'incision en T fut utilisée.

CONCLUSIONS

I. — L'hydroappendicite est la dilatation chronique de l'appendice iléo-cœcal par les produits de sécrétion de sa muqueuse.

II. — C'est une affection très rare, et sur laquelle l'attention n'a pas été attirée, preuve les opérations de Letulle et Routier. Ils trouvèrent des appendices hydropiques ; mais ils n'insistèrent pas, et les pièces furent perdues.

III. — L'hydroappendicite forme un appendice volumineux, turgescent, à parois minces, comparable à des objets divers, soit à une banane, soit à un index volumineux, etc... La dilatation que forme l'appendice hydropique peut être ou régulière ou irrégulière. Dans ce dernier cas, on aperçoit des bosselures à la surface de l'organe. Son contenu est un liquide clair et sero-muqueux, à toxicité tout à fait spéciale.

IV. — Il y a à côté des tuberculoses appendiculaires hypertrophiques, des tuberculoses appendiculaires atrophiques avec dilatation kystique.

V. — Cette forme d'hydroappendicite affecte quelquefois une allure latente ; d'autres fois, elle se révèle sous la forme d'une

tumeur douloureuse; enfin, le plus souvent, elle offre le tableau de crises appendiculaires intermittentes, à répétition.

VI. — Le traitement consiste dans la résection de l'appendice, qui sera menée à bien grâce à l'incision complémentaire de Jaboulay.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE THÈSE,
JABOULAY.

Vu :

LE DOYEN DE LA FACULTÉ,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 27 Décembre 1912.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ALGLAVE. — Tuberculose iléo-cœcale : Bulletin de la Société anatomique de Paris 1899 ; — Revue de gynéologie et de chirurgie abdominale, 1910. T. XIV, Nos 1, 2, 4, 5.
- AUMONT. — De l'appendicite cholériforme et de la diarrhée dans l'appendicite. Th. Paris, 1905-1906.
- AYNÈS. — Recherches et considérations sur la typhlite et l'appendicite tuberculeuse. Th. Bordeaux 1896.
- BENOIT. — Tuberculose locale chronique de la région iléo-cœcale. Th. Paris. 1892-1893.
- BERTRAND. — Tuberculose cœcale et appendiculaire. Lyon Médical 1905.
- BRAS (LE). — Tuberculose appendiculaire et appendicite. Th. Paris 1910.
- CATHELIN. — Appendicite tuberculeuse. Presse médicale. Juillet 1898.
- CHAVANNAY. — Appendicite tuberculeuse. Journal de médecine de Bordeaux, 1908.
- DECOUR. — De l'Infection tuberculeuse latente. Th. Lyon 1907.
- DELORE et PATEL. — Revue de chirurgie, 1901.
- DOCQ. — Appendicite tuberculeuse. Presse médicale belge, 1906.
- EHRMANN. — Des rapports de l'appendicite avec l'entérite muco-membraneuse. Th. Paris 1903.
- ESTÈVE. — Appendicite tuberculeuse. Th. Montpellier.

- FOUILLOUYE-BUYAT. — Lyon Médical, 2 juin 1912.
- FROUSSARD. — Thèse Paris, 1900.
- GORDON (M^{lle}). — Appendicite chez l'enfant. Th. Paris, 1896.
- GRAMBOULAN. — Difficultés et accidents de la résection à froid de l'appendice iléo-cœcal. Th. Paris, 1896.
- GUINARD. — Nouveau traité de chirurgie de La Dentu et Delbet.
- HÉRISSON. — Appendicite tuberculeuse. Gazette des Hôpitaux, Avril 1906.
- ITIÉ. — Th. Montpellier, 1898.
- JABOULAY. — Hydropisie de l'appendice iléo-cœcal. Lyon Médical, 11 juin 1911.
- JALAGUIER. — Appendicite tuberculeuse. Traité de chirurgie de Duplay et Reclus. T. IV p. 635.
- KUSS et GUIMBELOT. — Bulletin de la Société anatomique de Paris. 1907.
- LACOUTURE. — A propos de la tuberculose de l'appendice. Th. Bordeaux, 1906.
- LEBAYOU. — Th. Paris, 1892.
- LEGUERN. — Th. Paris, 1892.
- LEPORT. — Appendicite et son traitement. Th. Bourdeaux, 1890.
- LESUEUR. — Appendicite chez tuberculeux. Th. Paris, 1903.
- LETULLE et WEINDBERG. — Appendicite, recherches histopathologiques. Archives des sciences médicales, 1897.
- MARCLAND. — Appendice et appendicites. Etudes anatomiques et anatomo-cliniques, Th. Paris, 1901.
- MELIKIAN. — Th. Paris, 1901.
- MICHEL. — Lyon Médical, 2 Juin 1912.
- MONGES. — Appendicite tuberculeuse. Marseille Médical, XLIV. 1907.
- MONTAIS. — Appendicite chronique d'emblée. Th. Paris, 1900.
- NICAISE. — De l'appendicite. Revue de chirurgie, 1896.

- PAOLI. — Appendicite tuberculeuse (Revue générale). Th. Montpellier, 1908.
- PATEL. — Appendicite tuberculeuse. Lyon Médical, 1900.
- PESQUEREL. — Appendicites chroniques. Th. Paris, 1899.
- PETIT. — Contribution à l'étude de l'appendicite tuberculeuse. Th. Paris, 1905-1906.
- QUILLARD. — De l'appendicite chez la femme. Th. Paris, 1901.
- QUINTARD. — De la diarrhée au début de l'appendicite. Th. Paris, 1906-1907.
- RASTOUIL. — Appendicite chronique. Th. Paris, 1900.
- RIOU. — Appendicite chronique. Th. Paris, 1908.
- SAINTE-MARIE DODEUIL. — Tuberculose et appendicite. Th. Paris, 1906.
- SOTTY. — Th. Lyon, 1901.
- TOLLEY. — Th. Paris, 1899.
- TUFFIER et JEANNE. — Etude de l'appendicite basée sur 180 nécropsies. — Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, juin 1899.
- VEIRAT. — Appendicite tuberculeuse. Montpellier, 1903-1904.
- VIGNARD. — De l'appendicite tuberculeuse chez l'enfant. Th. Toulouse, 1905-1906.
- WAGON. — Appendicite tuberculeuse. Th. Paris, 1904.
- WALTHER. — Société de chirurgie, 15 mars 1899; février et mars 1900 et 1904.
- WEINBERG (Michel). — Lésions histologiques des formes communes de l'appendicite. Th. Paris, 1898.
- WEMBERG. — Th. Paris, 1898.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	9
DÉFINITION	11
Chapitre I ^{er} . — Historique	13
Observations. — Observation I. Appendice Hydropique . . .	17
Observation II. Appendice Hydropique.. . .	19
Observation III. Appendice Hydropique . . .	21
Observation IV. Bacillose pulmonaire . . .	25
Observation V. Hydropisie de l'appendice iléo-cœcal	31
Observation VI. Hydropisie de l'appendice iléo-cœcal	33
Observation VII. Hydropisie de l'appendice . .	35
Observation VIII	36
Observation IX. Appendice probablement d'o- rigine tuberculeuse	39
Observation X. Hydro-appendice tuberculeux. .	41
Observation XI	43
Chapitre II. — Anatomie Pathologique	46
Chapitre III. — Pathogénie	50
Chapitre IV. — Symptomatologie	53
Chapitre V. — Diagnostic	56
Chapitre VI. — Pronostic	59
Chapitre VII. — Traitement.	61
CONCLUSIONS.	64
BIBLIOGRAPHIE	67
